



Karlskrona
kommun



KARLSKRONA
KOMMUN



OLOFSTRÖMS
KOMMUN



Ronneby
KOMMUN



Sölvesborgs
kommun



Kallelse och samtycke till samordnad individuell plan – SIP

Samordnad individuell plan för	
Namn	Personnummer
Datum och tid för mötet (fr.o.m. – t.o.m.)	Plats för mötet
Tolkbehov – språk, hörsel m.m.	
Särskild information	
Samtycke	
Jag har fått information om gällande sekretessregler. Jag samtycker till att bryta sekretessen mellan kallade personer/verksamheter utifrån nedan frågeställningar. Jag är informerad om att jag när som helst kan ta tillbaka samtycket till del eller till sin helhet.	
Samtycket gäller fr.o.m. - t.o.m. (dd-mm-år)	
Samtycke inhämtat muntligen	
Datum	
Min underskrift	
Namnförtydligande	
Datum	
Vårdnadshavare 1 underskrift (gäller endast vid minderåriga barn)	
Namnförtydligande	
Datum	
Vårdnadshavare 2 underskrift (gäller endast vid minderåriga barn)	
Namnförtydligande	
Datum	
Företrädare/förvaltare/ underskrift	
Namnförtydligande	



Karlshamns
kommun



KARLSKRONA
KOMMUN



OLOFSTRÖMS
KOMMUN



Ronneby
KOMMUN



Sölvesborgs
kommun



Syfte och frågeställningar

Ta fram en ny SIP

Följa upp en tidigare SIP

Syfte/frågeställningar – varför behöver vi träffas?

Sammanställande

Namn

Relation/verksamhet

Telefon

E-post

Sammanställda

Namn

Relation/verksamhet

Kontaktuppgifter

När kallelsen är mottagen, vänligen bekräfta till sammanställande via mejl eller telefon vem/vilka som deltar från verksamheten senast ____ / ____ -20____. Fysiskt eller digitalt. **Välkommen!**

Hanteras i enlighet med GDPR

Jag har varit delaktig i att utforma kallelsen med dess syfte, frågeställningar och att besluta vilka personer/verksamheter som ska kallas.